

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

No 376

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

MORAND Ernest

Né le 13 Juin 1905, à VADUL-LUI-CAROL AL II^{le}a (Roumanie)

**Contribution à l'Étude du Traitement précoce
de
L'INFECTION PUERPÉRALE
par les pansements intra-utérins
au filtrat de cultures de streptocoque**

Travail du Service du Professeur ag. LÉVY-SOLAL

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553009_0008

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

MORAND Ernest

Né le 13 Juin 1905, à VADUL-LUI-CAROL AL II^{es} (Roumanie)

Contribution à l'Étude du Traitement précoce
de
L'INFECTION PUERPERALE
par les pansements intra-utérins
au filtrat de cultures de streptocoque

Travail du Service du Professeur ag. LÉVY-SOLAL

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, RUE RACINE, 15

1933

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSENGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT...	Physiologie.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT.....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HALPHEN.	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN.....	Anatomie pathologique.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SANNIE.....	Chimie biologique.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX.....	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie
RETTERRER....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N... ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT.....	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT, agrégé ...	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SŒUR

A MON FRERE

A MON ONCLE JACQUES (*In mémoriam*)

A MON AMI D'ENFANCE FRANÇOIS (*In mémoriam*)

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE
Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté
de Médecine ;
Officier de la Légion d'Honneur.

*Vous nous avez fait le très grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse. Nous vous prions de bien
vouloir agréer l'assurance de notre
vive et sincère reconnaissance.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-SOLAL

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine ;

Commandeur de la Légion d'Honneur.

En témoignage de mon profond respect,

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Parmi les différentes méthodes thérapeutiques proposées contre l'infection puerpérale afin de la juguler avant son stade septicémique, un nouveau traitement précoce a été préconisé dès 1926 par le prof. ag. Lévy-Solal qui, avec le D^r Simard, mettant en évidence l'importance du traitement préventif et la valeur pronostique de l'Intradermo-réaction au filtrat streptococcique, a inauguré dans son service hospitalier, à la Maternité de Saint-Antoine, la pratique des pansements intra-utérins au filtrat de cultures de streptocoques.

L'étude bactériologique de l'action du filtrat et les premiers résultats obtenus ont été particulièrement détaillés dans la thèse de Ravina (1926).

Les observations des pansements utéro-segmentaires au filtrat pratiquées dans le même service de 1927 jusqu'à 1930 ont fait l'objet de deux thèses : celle de J. Bouchaud et celle de Schlesinger.

Notre thèse ne présente donc aucun caractère

d'originalité. Fidèles à cette méthode thérapeutique dont les résultats paraissent de plus en plus encourageants, nous allons, dans une première partie, rapporter les observations des pansements effectués en 1931-1932 (119 cas traités préventivement et 41 cas d'infection traités précocement). Dans une deuxième partie nous rappellerons brièvement le principe de cette méthode et le mode d'action du filtrat.

Nous n'aurons en vue que les pansements pratiqués :

1° à titre *préventif*, c'est-à-dire dans les cas où des manœuvres intra-utérines longues et difficiles au moment de l'accouchement et de la délivrance font craindre *une infection grave post-partum* comme l'a bien montré M. Lévy-Solal. C'est là l'indication majeure des pansements intra-utérins : un traitement prophylactique de l'infection puerpérale dont on ne saurait recommander et généraliser l'emploi.

La règle de conduite doit être la suivante :

Toute manœuvre qui a nécessité l'introduction de la main dans l'utérus est l'indication d'un pansement préventif immédiat.

2° à titre *curatif précoce* lorsque les signes infectieux commencent à apparaître soit au cours de l'accouchement (infection amniotique), soit dans les premiers jours du post-partum dès la première élévation de la température.

L'intradermo-réaction appliquée dans tous ces cas a une valeur pronostique incontestable.

TECHNIQUE DES PANSEMENTS

Mettre la femme en position gynécologique. Vider la vessie. Déprimer la paroi postérieure du vagin avec une valve large. Saisir solidement la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux. Il y a avantage de donner une injection intra-utérine pour évacuer les caillots avant de faire le pansement, mais cette injection devra être faite uniquement à l'eau stérilisée ou bouillie, et non pas avec une solution antiseptique, qui peut modifier ou même supprimer l'action du filtrat.

La mèche dont on se sert est une mèche de gaze de 3 ou 4 cm. de largeur et de 2 à 3 cm. d'épaisseur, longue de plusieurs mètres. On la coupe d'ailleurs à la longueur voulue, selon le volume approximatif de la cavité utérine.

Les ampoules de filtrat sont vidées dans une cuvette flambée. En général, il faut 150 à 200 cm³ pour faire immédiatement après la délivrance un pansement avec une mèche bien imbibée, trempée dans le filtrat qu'elle absorbe complètement.

Avec une pince plate à pansements, très longue, on commence le tamponnement : il ne faut pas croire d'ailleurs que ce pansement soit toujours extrêmement facile à faire.

Difficulté du pansement. — Le segment inférieur mou et parfois plissé sur lui-même, le corps utérin, souvent en *antéflexion*, gênent l'introduction de la mèche. On devra aller très doucement, *bien repérer*

avec sa pince l'axe de la cavité utérine, ne faire aucune violence, pour ne pas perforer un segment inférieur particulièrement mou. On pourra faire corriger par la main d'un aide l'intéflexion utérine.

On comble toute la cavité de l'utérus avec cette mèche imbibée de filtrat suffisamment tassée *pour qu'elle entre bien au contact avec toute la paroi utérine.* On enlève alors la pince de Museux et on continue d'introduire la mèche dans le vagin, en remplissant les culs-de-sacs et en la tassant autour du col.

Le pansement est laissé 24 heures, puis on enlève la mèche, on la remplace par une autre que l'on imbibe de filtrat. Notons que la quantité de filtrat à employer est en général beaucoup moindre. Cent centimètres cubes suffisent ordinairement, l'utérus se rétractant plus rapidement par un phénomène d'involution exagéré.

Le deuxième pansement est laissé en place vingt-quatre heures. On le remplace à son tour par un troisième qui est, en général, le dernier, et qu'on enlève aussi au bout de vingt-quatre heures.

Il nous reste à signaler les difficultés de pansement dans le cas de déchirure périnéale.

Il convient de pratiquer le premier pansement avant la réfection du périnée. Les deuxième et troisième sont assez difficiles du fait de la douleur que provoque la mise en place des valves.

Il faut agir avec douceur et patience. A noter l'heureux effet sur la cicatrisation rapide du col dans le cas où des incisions du col auront pu être pratiquées.

PREMIÈRE PARTIE

PANSEMENTS PRÉVENTIFS

ET CURATIFS PRÉCOCES

Ce sont les pansements faits immédiatement après la délivrance en vue de prévenir ou lutter contre l'infection utérine commençante.

A) Les 119 cas traités par le pansement préventif se répartissent ainsi :

Forceps sur tête dernière.....	1 cas
Forceps pour souffrance fœtale.....	7 »
Forceps pour lenteur du travail.....	9 »
Basiotripsie	2 »
Version interne pour présentation transver- sale	6 »
Versions après tentatives de forceps.....	3 »
Version du 2 ^e fœtus d'une grossesse géme- laire	4 »
Version pour procidence du cordon.....	2 »

Version pour présentation de l'épaule.....	2 cas
Embryotomie	1 »
Délivrance artificielle pour enchatonnement placentaire	24 »
Hémorragie avant délivrance artificielle....	19 »
Révision pour rétention.....	15 »
Révision pour hémorragie après délivrance naturelle	9 »
Procidence réduite d'un pied.....	1 »
Révision après expulsion d'un môle hydati- forme	1 »
Révision pour hémorragie dans accouche- ment avant terme.....	9 »

B) Les 41 cas curatifs précoces se divisent ainsi :

Basiotripsie	3 cas
Forceps pour lenteur du travail.....	2 »
Forceps pour souffrance fœtale.....	4 »
Forceps après tentative de version.....	1 »
Forceps (infection amniotique).....	6 »
Version pour procidence du cordon.....	5 »
Placenta praevia centropartiel.....	1 »
Délivrance artificielle pour enchatonnement placentaire	8 »
Révision pour hémorragie après délivrance naturelle	3 »
Révision pour hémorragie délivrance artifi- cielle	4 »
Révision pour rétention placentaire.....	4 »
Grossesse gémellaire	1 »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Forceps à la partie moyenne de l'excavation en O. I. D. P. pour lenteur de période d'expulsion. Œdème du col. Délivrance artificielle. Pansement préventif. Guérison. Durée totale du travail : 12 heures.

P... I-pare de 27 ans entre à 1 h. 30 à la salle de travail. Début du travail à 6 heures. A 17 h. 30 dilatation complète gros œdème de la lèvre antérieure du col. — 18 heures. Forceps en O. I. D. P. sur sommet à la partie moyenne de l'excavation. Dégagement en O. P. d'un garçon né en état de mort apparent, pesant 4.320 gr. Délivrance artificielle immédiate. Membranes déchirées. Placenta 620 gr.

T. 37°. P. 100. Pansement préventif.

2° jour : M. : T. 37. P. 88. 2° pansement S. : T. 37°4. P. 80.

3° jour : M. : T. 37°2. P. 80. 3° pansement S. : T. 38°2. P. 88.

Le lendemain 37° 2 et qui reste en plateau.

La femme quitte la Maternité le 13° jour.

OBSERVATION II

Forceps à la partie moyenne de l'excavation. Délivrance artificielle. Membranes déchirées. Pansement au filtrat. Guérison. Durée totale du travail : 22 h. 50.

G... I-pare de 25 ans admise à la salle de travail le 4-4-32, ramenée de ville pour B. de C. modifiés et lenteur de période d'expulsion. 0 h. 20. Dilatation complète. 0 h. 50. Forceps à la partie moyenne de l'excavation. Extraction d'un garçon vivant pesant 3.450 grammes à 1 h. 30. Délivrance artificielle pesant 670 gr. Révision utérine pour membranes déchirées, incomplètes.

T. 37°. P. 80. Pansement préventif S. : T. 37° 6. P. 90.

2° jour : M. : T. 37° 2. P. 90. 2° pansement S. : T. 37° 4. P. 110.

3° jour : M. : T. 37° 6. P. 100. 3° pansement S. : T. 39° 4. P. 100.

La température en corcordance avec le pouls descend le lendemain pour rester à la normale jusqu'à la sortie de la malade le 16° jour.

OBSERVATION III

Forceps pour lenteur du travail. Durée totale du travail : 42 h. 45. Délivrance naturelle incomplète. Révision. Pansement préventif. Guérison.

R... I-pare de 29 ans est admise dans le service le 2-12-31 à 21 heures. Grossesse de 8 mois environ. Le 4-12 à 13 h. Dilatation complète. 15 h. 45. Forceps à la partie moyenne de l'excavation pour défaut de progression de la tête. B. de C. modifiés sur sommet en O. I. G. A. Dégagement en O. P. d'une fille vivante pesant 2.880 gr. 16 h. 30. Délivrance naturelle mais incomplète pesant 550 gr. Révision utérine ramenant des débris placentaires. Injection chaude intrautérine. T. 37° 6. P. 76. Pansement préventif.

2° jour : M. : T. 37°. P. 80. 2° pansement S. : 37° 7. P. 80.

3° jour : M. : 37° 4. P. 76. 3° pansement S. : T. 38°. P. 80.

La température oscille entre 37°-38° jusqu'au 9^e jour. Descente de la température qui reste autour de 37° 2 jusqu'au 12^e jour quand la femme sort guérie de l'hôpital.

OBSERVATION IV

Hématome rétroplacentaire. Basiotripsie. Révision. Pansement préventif. Guérison. Durée du travail : 9 h.

El. H... I-pare de 29 ans admise le 26-7-31 à 9 heures. Grossesse à terme. Utérus tendu difficile à palper. Femme pâle, tendance syncopale. Pouls à 76. Dilatation 2 francs. 9 h. 20. Perte de sang. 9 h. 45. Hémorragie devient plus abondante. On rompt les membranes. Utérus dur, contracturé. B. de C. néants. Dilatation complète à 12 heures. On fait une basiotripsie. Délivrance spontanée. Caillot énorme après délivrance. Révision utérine.

T. 36° 6. P. 104. Pansement préventif.

2^e jour : M. : T. 37°. P. 132. 2^e pansement S. : 38° 9. P. 100.

3^e jour : M. : T. 39° 4. P. 100. 3^e pansement S. : 38° 9. P. 100.

La température reste autour de 38° 9 jusqu'au 14^e jour, quand elle descend en lysis à 37° vers le 18^e jour. La femme sort guérie le 25^e jour.

OBSERVATION V

Placenta praevia-centropartiel. Accouchement et délivrance naturelle. Pansement préventif. Guérison. Durée totale du travail : 35 h. 30.

B... I-pare de 25 ans admise au dortoir le 16-10-32 à 4 heures. Grossesse à terme. Col long perméable. 9 h. 40. La femme saigne abondamment. On rompt les membranes. B. de C. néants. 20 heures. Dilatation 2 francs. Le placenta obstrue presque tout l'orifice du col. T. 37° 5.

P. 96. Le 17-10-32 à 14 h. 45. Dilatation complète. A 15 heures. Accouchement naturel en O. I. G. A. Dégagement en O. P. d'une fille macérée pesant 3.150 grammes. 15 h. 10. Délivrance naturelle complète pesant 580 gr. Placenta en insertion centropartielle.

T. 37° 4. P. 80. Pansement préventif.

2° jour : M. : T. 36° 8. P. 96. 2° pansement S : T. 37° 6. P. 100.

3° jour : M. : T. 37° 4. P. 90. 3° pansement S. : T. 37° 4. P. 88.

Le lendemain : T. à 37° avec P. 80. La femme sort le 13° jour.

OBSERVATION VI

Délivrance artificielle. Pansement préventif. Guérison. Durée totale du travail : 14 heures. Membranes rompues depuis 5 jours.

G... I-pare de 21 ans entre à la Maternité le 1-10-32 à 7 heures. Grossesse 8 mois environ. Membranes rompues le 27-9-32 à 7 heures. 20 h. 45. Dilatation complète. Efforts expulsifs. 20 h. 50. Accouchement naturel par le sommet en O. I. D. P. Dégagement en O. P. d'une fille vivante pesant 2.800 gr. 21 heures. Délivrance artificielle pesant 650 gr. T. 37°. P. 80. Pansement préventif.

2° jour : M. : T. 37°. P. 80. 2° pansement S : T. 37° 8. P. 80.

3° jour : M. : T. 37° 2. P. 80. 3° pansement S : T. 37° 6. P. 80.

Le 4° jour : Matin, 38° 5. Le soir, 39° 4. P. 100. Frisson. Hémoculture négative.

5° jour : Descente de température à 37° 2. Pertes insignifiantes non fétides. Utérus normal. Pas de pyurie; pas de bacillurie. Sortie le 17° jour.

OBSERVATION VII

Révision utérine pour hémorragie de la délivrance. Pansement préventif. Guérison. Durée totale du travail (14-4-31 à 19 h.—15-4-31 : 8 h.) : 13 h. 45.

M... I-pare de 19 ans est admise à la salle de travail le 15-4-31 à 8 heures. Grossesse de 6 mois 1/2. Dilatation complète à 8 heures. Accouchement à 8 h. 45 d'un fœtus macéré pesant 700 gr. Délivrance spontanée paraissant complète pesant 350 gr. La femme perd énormément. Révision utérine ramenant des caillots et des débris membraneux. T. 37°4. P. 140. Pansement préventif. S. : T. 37°6. P. 130.

2^e jour. M. : 37°6. P. 110. 2^e pansement S. : T. 37°6. P. 120.

3^e jour. M. : T. 37°4. P. 110. 3^e pansement S. : T. 37°5. P. 96.

4^e jour, soir. T. 38°2. 5^e jour. T. 37°-36°8 en concordance avec le pouls. Le 10^e jour la femme sort avec 36°6 malgré l'avis du médecin.

OBSERVATION VIII

Délivrance artificielle pour hémorragie. Révision. Pansement préventif. Guérison. Durée totale du travail (11-4-32 à 22 h.—12-4-32 à 13 h.) : 39 heures.

H... I-pare de 32 ans entre dans le service le 9-4-32 à 23 heures. Grossesse à terme. 12-4-32. 10 h. 40. Passage à la salle de travail. 13-4-32 à 12 h. Dilatation complète. Efforts expulsifs. 13 heures. Accouchement naturel à terme en O. I. G. A. Dégagement en O. P. d'un garçon macéré pesant 2.680 gr. 14 heures. La femme saigne abondamment. La délivrance ne se fait pas. Délivrance artificielle pesant 420 gr. Révision utérine. T. 37°6. P. 100. Pansement préventif.

2^e jour. M. : T. 38. P. 80. 2^e pansement. S. : T. 39° 1. P. 100.

3^e jour. M. : T. 38° 2. P. 90. 3^e pansement. S. : T. 38° 2. P. 110.

Chute brusque de température le 4^e jour. Sortie le 13^e jour.

OBSERVATION IX

Enchatonnement du placenta dans une corne utérine. Délivrance artificielle. Révision utérine. Pansement préventif. Guérison. Durée totale du travail (6-3-32 à 24 h.—7-3-32 à 9 h. 40) . 9 h. 40.

R... IV-pare de 31 ans est admise à la salle de travail le 6-3-32 à 6 heures. Grossesse à terme. Dilatation petite paume. 9 h. 30. Dilatation complète. Efforts expulsifs. 9 h. 40. Accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 3.380 gr. 10 h. 45. Délivrance artificielle pour enchatonnement dans la corne utérine droite. Placenta pesant 580 gr. Révision utérine. T. 37° 2. P. 80. Pansement préventif. S. : 37° 3. P. 88.

2^e jour. M. : T. 37° 2. P. 80. 2^e Pansement. S. : T. 37° 3. P. 90.

3^e jour. M. : T. 37° 4. P. 86. 3^e Pansement. S. : T. 37° 8. P. 82.

La température en concordance avec le pouls reste autour de 37° 2. Sortie le 11^e jour.

OBSERVATION X

Révision utérine pour rétention placentaire et membraneuse. Délivrance naturelle. Pansement préventif. Guérison. Durée totale du travail (25-2-32 à 20 h. 35—25-2-32 à 22 h. 50) : 2 h. 15.

P... III-pare de 29 ans est admise dans le service le 24-2-32 à 20 h. 30. Grossesse 7 mois environ. 22 h. 35 le

- 25-2-32. Dilatation complète. 22 h. 50. Accouchement naturel par le sommet en O. I. G. A. Dégagement en O. P. d'une fille vivante pesant 1.520 gr. 23 h. 50. Délivrance naturelle pesant 480 gr. Deux points douteux sur le bord du placenta. Rétention des membranes. Révision utérine (à 24 h.) ramenant des membranes et des débris placentaires. T. 37° 2. P. 80. Pansement préventif.

2° jour. M. : T. 37° 4. P. 76. 2° Pansement. S. : T. 37° 2. P. 80.

3° jour. M. : T. 37° 3. P. 76. 3° Pansement. S. : T. 37° 2. P. 78.

La femme sort le 11° jour complètement apyrétique.

OBSERVATION XI

Révision utérine pour rétention d'un cotylédon accessoire. Délivrance naturelle. Pansement préventif. Guérison. Durée totale du travail : 6 h. 25.

C... I-pare de 26 ans est admise dans le service le 20-12-31 à 8 heures. Grossesse à terme. 23 heures. Passage de la femme à la salle de travail. 21-12 à 2 heures. Dilatation complète. 2 h. 45. Accouchement naturel par le sommet en O. I. D. P. Dégagement en O. P. d'une fille pesant 3.100 gr. 3 h. 25. Délivrance naturelle pesant 600 gr. Les membranes sont complètes mais on constate non loin de la masse placentaire une zone dépolie au niveau de laquelle arrivent des vaisseaux faisant penser à la rétention d'un cotylédon accessoire. Révision utérine souschloro. ramenant des débris placentaires. T. 38° 5. P. 76. Pansement préventif.

2° jour. M. : T. 38° 2. P. 80. 2° Pansement. S. : T. 38° 3. P. 82.

3° jour. M. : T. 37°. P. 76. 3° Pansement. S. : T. 37° 2. P. 80.

La femme apyrétique depuis 10 jours sort le 14° jour.

OBSERVATION XII

Hémorragie de la délivrance. Révision utérine. Délivrance naturelle, incomplète. Pansement préventif. Guérison. Durée totale du travail : 17 heures.

V... IV-pare de 31 ans est admise dans le service le 29-9-31 à 17 h. 30. Grossesse à terme. 19 h. 30. Dilatation complète. 20 heures. Accouchement naturel par le sommet en O. I. D. P. Dégagement en O. P. d'une fille vivante pesant 4.300 gr. 21 heures. Délivrance naturelle incomplète pesant 675 gr. La femme saigne. Pouls à 120. Révision utérine ramenant des débris placentaires. T. 37° 8. P. 120. Pansement préventif.

2^e Jour. M. : T. 37° 2. P. 80. 2^e Pansement. S. : T. 37° 9. P. 100.

3^e Jour. M. : T. 37°. P. 100. 3^e Pansement. S. : T. 38°. P. 100.

Température autour de 38° et 38° 4 jusqu'au 8^e jour, quand elle baisse à 37° 3. Sortie le 13^e jour.

OBSERVATION XIII

Version pour présentation transversale. Pansement préventif. Guérison. Durée totale du travail (25-10-32 à 14 h.—19 h.) : 5 heures.

H... II-pare de 23 ans est admise à la salle de travail le 25-10-32 à 16 h. 45. Grossesse de 7 mois. Présentation transversale. Siège dans l'hypocondre droite. Tête dans le flanc gauche. 18 h. 45. Dilatation complète. Version par manœuvres internes. 19 heures. Extraction d'une fille vivante pesant 1750 gr. Ecoulement d'une grande quantité de liquide amniotique. Délivrance artificielle pesant 520 gr. (B. W). T. 37° 6. P. 80. Pansement préventif.

2^e Jour. M. : T. 37° 2. P. 80. 2^e Pansement. S. : T. 37° 6. P. 86.

3^e jour. M. : T. 37° 2. P. 76. 3^e Pansement. S. : T. 37° 6. P. 82.

La femme sort le 15^e jour.

OBSERVATION XIV

Version après tentative de forceps. Révision utérine. Pansement préventif. Guérison. Durée totale du travail : 12 heures.

R... III-pare de 44 ans est admise dans le service le 24-7-31 à 19 heures. Grossesse à terme. Présentation transversale. Dos en avant. Les membranes se rompent à l'arrivée de la femme, excès de liquide (5 litres). Œdème des membres inférieurs. Le 25-7, à 8 h. 10 : passage à la salle de travail. Version céphalique par manœuvres externes. 10 heures. Dilatation complète. La tête ne progresse pas. 11 heures. Forceps. La tête très mobile remonte. Version interne. 12 heures. Extraction d'un enfant mort, pesant 4.130 gr.

12 h. 10. Délivrance artificielle pesant 640 grammes. Révision. T. 37° 6. P. 80. Pansement préventif.

2^e jour. M. : T. 37° 4. P. 86. 2^e Pansement. S. : T. 38°. P. 88.

3^e jour. M. : T. 37° 4. P. 90. 3^e Pansement. S. : T. 38° 2. P. 88.

4^e jour. M. : T. 38°. P. 76. S. : T. 39° 2. P. 80. Température en plateau autour de 38° jusqu'au 8^e jour, quand chute de température en lysis. Sortie en excellent état le 19^e jour.

OBSERVATION XV

Version podalique. Délivrance artificielle. Pansement préventif. Guérison. Durée du travail : 16 h. 10.

B... III pare de 40 ans hospitalisée le 11-4-31 à 17 h. 30. Grossesse à terme; présentation très élevée,

B. de C. nuls. Membranes rompues depuis 8 heures du matin.

21 h. 15. Passage à la salle de travail. Un pôle dans l'hypocondre droite. Au toucher on sent le coude gauche du fœtus. Le 12-4-31, à 9 heures : dilatation complète. Version podalique à 9 h. 40. Grande extraction du siège. Garçon mort, pesant 2.750 gr. Délivrance artificielle immédiate pesant 400 gr. Révision utérine. T. 37°2. P. 76. Pansement préventif. S. : T. 37°2. P. 80.

2^e jour. M. : T. 37° 2. P. 80. 2^e Pansement. S. : T. 37° 6. P. 80.

3^e jour. M. : T. 37°. P. 80. 3^e Pansement. S. : T. 37° 8. P. 88.

Le 5^e jour : 37°. La femme sort le 12^e jour en excellent état.

OBSERVATION XVI

Grossesse gemellaire. Unichoriale. Biamniotique. Version podalique du 2^e fœtus. Pansement préventif. Guérison. Durée totale du travail : 7 h. 50.

C... VII-geste de 25 ans est admise à la salle de travail le 4-2-32 à 22 h. 30 (Début du travail à 17 h.). Grossesse à terme. Siège en bas, fixé. Dilatation petite paume. Deux foyers d'auscultation.

5-2-32 à 0 h. 05. Dilatation complète. 0 h. 15. Accouchement naturel par le siège en S. I. G. A. Dégagement en S. T. d'une fille vivante pesant 2.970 gr. Cordon sectionné entre deux pinces. Seconde poche des eaux. Le 2^e fœtus se présente par l'épaule. 1 h. 25. Version par manœuvres internes. Extraction d'une fille vivante pesant 2.880 gr. 1 h. 35. Délivrance naturelle pesant 1.000 gr. Rétention partielle des membranes. Révision ramenant des membranes. T. 37° 9. P. 86. Pansement préventif.

2^e jour. M. : T. 37° 5. P. 76. 2^e Pansement. S. : T. 37° 8. P. 82.

3^e jour. M. : T. 37° 5. P. 82. 3^e Pansement. S. : T. 38° 2. Température en plateau (37° 4 et 37° 9) jusqu'au 13^e jour. Sortie en excellent état le 16^e jour.

OBSERVATION XVII

Femme accouchée et délivrée en ville. Hémorragie. Révision utérine. Pansement préventif. Guérison. Durée du travail : 3 heures.

C... III-pare est admise à la salle de travail pour hémorragie le 25-11-32 à 8 heures. Renseignement : Durée de l'expulsion 5 minutes. Délivrance spontanée 15 minutes après l'expulsion. Une demi-heure après l'accouchement, hémorragie. Utérus remontant à l'ombilic. Très mou. Expulsion des caillots en abondance. Révision ramenant des caillots. Pansement préventif. T. 37° 5. P. 140.

2^e Jour. M. : T. 37°. P. 116. 2^e Pansement. S. : T. 37° 5. P. 104.

3^e jour. M. : T. 37° 2. P. 96. 3^e Pansement. S. : T. 37° 8. P. 88.

Sortie le 16^e jour.

PANSEMENTS CURATIFS PRÉCOCES

OBSERVATION XVIII

Forceps. Délivrance artificielle. Membranes rompues depuis 31 heures. Pansement curatif, précoce. Guérison. Durée totale du travail : 43 h. 05.

C... I-pare de 19 ans est admise dans le service le 26-7-31. Grossesse à terme. Rupture des membranes à 13 heures. Liquide amniotique en purée de pois. T. 38° 2. 17 h. 30. Passage à la salle de travail. 27-7, à 18 heures ;

Dilatation grande paume. B. de C. bons, mais sourds. T. 37° 7. 22 h. 30. B. de C. très irréguliers, sourds. Même dilatation. 28-7, à 0 h. 05 : Forceps à la partie haute de l'excavation sur sommet non fléchi pour lenteur du travail et modification des B. de C. Extraction d'un garçon vivant pesant 3.600 gr. Délivrance artificielle immédiate pesant 580 gr. T. 38° 8. P. 100. Pansement curatif précocé. S. : T. 38° 9. P. 116.

2° jour. M. : T. 37° 6. P. 90. 2° Pansement. S. : T. 38° 9. P. 120.

3° jour. M. : T. 38°. P. 100. 3° Pansement. S. : T. 38° 5. P. 120.

Température oscille entre 38° 2 et 39° jusqu'au 11° jour, quand chute de température à 37° en concordance avec le pouls. Sortie le 18° jour.

OBSERVATION XIX

Délivrance artificielle pour enchatonnement du placenta. Liquide amniotique en purée de pois. Pansement curatif précocé. Guérison. Durée totale du travail : 5 h. 40.

D... I-pare de 20 ans est admise dans le service le 2-8-32 à 17 heures. Grossesse à terme. Dilatation 2 fr. T. 37° 8.

21 h. 35. Dilatation complète. Liquide amniotique en purée de pois après rupture spontanée des membranes.

21 h. 40. Accouchement spontané en O. I. D. A. Dégagement en O. P. d'une fille vivante pesant 3.250 gr.

23 h. 15. Délivrance artificielle pour enchatonnement du placenta, pesant 580 gr. A 24 heures, T. 39° 2. P. 120. Pansement curatif précocé.

2° jour. M. : T. 37° 8. P. 80. 2° Pansement. S. : T. 37° 6. P. 90.

3^e jour. M. : T. 37° 7. P. 110. Pansement. S. :
T. 38°. P. 120.

4^e jour. 38° 6. — 7^e jour. 37° 2.

Sortie le 12^e jour.

OBSERVATION XX

Version interne. Procidence du cordon. Délivrance artificielle. Pansement curatif précoce. Guérison. Durée totale du travail : 18 heures.

H... I-pare de 39 ans entre dans le service le 20-5-31 à 21 h. 30. Grossesse à terme. Dilatation 5 francs. Membranes intactes. Présentation très élevée à peine accessible.

21-5-31, à 6 heures : T. 38° 2. B. de C. bons. Dilatation grande paume. 8 h. 45 : Dilatation complète. Rupture des poches des eaux. Cordon procident dans le vagin, battant. La tête est centrée, mais mobile, au-dessus du détroit supérieur.

9 heures : Version interne. Grande extraction du siège d'une fille pesant 3.950 gr.

9 h. 40 : Délivrance artificielle pesant 730 grammes. T. 38° 2. P. 88. Pansement curatif précoce. T. 38° 6. P. 90.

2^e jour. M. : T. 37° 2. P. 90. 2^e Pansement. S. :
T. 38° 7. P. 88.

3^e jour. M. : T. 37° 2. P. 82. 3^e Pansement. S. :
T. 38° 2. P. 100.

Température oscille entre 37° 2 et 38° 4 jusqu'au 10^e jour. Sortie le 14^e jour.

OBSERVATION XXI

Rétention partielle du caduque. Rupture prématurée des membranes. Pansement curatif précoce. Guérison. Durée totale du travail : 15 heures.

G... VII-pare de 34 ans est admise dans le service à

10 heures. Grossesse à terme. Col punctiforme. Membranes rompues depuis 48 heures. Liquide amniotique fétide. T. 38° 3.

18 heures : Admission à la salle de travail.

19 heures : Dilatation complète. Accouchement spontané en O. I. G. A. Dégagement en O. P. d'une fille pesant 3.700 grammes.

19 h. 40 : Délivrance naturelle. Rétention partielle du caduque. T. 39° 4. P. 120. Frisson. Pansement curatif précoce.

2^e jour. M. : T. 37°. P. 84. 2^e Pansement. S. : T. 37°. P. 88.

3^e jour. M. : T. 37. P. 88. 3^e Pansement. S. : T. 38°. P. 76.

4^e jour. T. 37°. Sortie le 13^e jour.

OBSERVATION XXII

Version interne pour placenta praevia centro partiel. Pansement curatif précoce. Guérison.

R... I-pare de 16 ans entre dans le service le 12-3-32 à 17 heures. Grossesse de 7 mois. Présentation transversale. B. de C. mal perçus. Col effacé. Dilatation lenticulaire. Membranes intactes. T. 38° 3. Perte de sang depuis midi.

13-3, à 4 heures : La femme perd du sang assez abondamment. Dilatation 5 francs. Dilatation manuelle sous anesthésie après rupture des membranes. On tombe sur un placenta centro-partiel. On pratique une version par manœuvres mixtes. On extrait l'enfant mort, pesant 1.780 gr. Délivrance artificielle immédiate, pesant 350 gr. T. 39° 1. P. 120. Pansement curatif précoce. S. : T. 39° 5. P. 130.

2^e jour. M. : T. 37° 5. P. 90. 2^e Pansement. S. : T. 38° 8. P. 110.

3^e jour. M. : T. 38° 5. P. 100. 3^e Pansement. S. : T. 38°. P. 100.

La température descend à 37° le 5^e jour. Sortie le 14^e jour.

OBSERVATION XXIII

Hémorragie de la délivrance. Curage digitale. Pansement curatif précoce. Guérison.

M... I-geste de 19 ans est admise à la salle de travail le 10-4-31 à 11 heures.

Grossesse de 7 mois environ. Dilatation 5 francs. B. de C. nuls. T. 37° 9. — 16 h. 30 : Dilatation complète.

17 heures : Accouchement naturel par le siège décomplété d'un garçon mort et macéré pesant 2.125 gr. — 17 h. 45 : Délivrance naturelle paraissant complète, pesant 300 gr. Hémorragie de la délivrance. Pouls à 100 bien frappé. Révision digitale. Quelques débris placentaires. T. 38° 8. P. 112. Pansement curatif précoce.

2^e jour. M. : T. 38° 4. P. 104. 2^e Pansement. S. : 38° 6. P. 110.

3^e jour. M. : T. 37° 4. P. 100. 3^e Pansement. S. : T. 38° 2. P. 104.

Le lendemain : T. 37°. P. 88. Sortie le 14^e jour.

INSUCCÈS

OBSERVATION XXIV

Examinant cet insuccès qui a été traité par le pansement curatif précoce, nous pouvons remarquer qu'au moment de la délivrance la femme avait 40° 5 et avant son accouchement 39° 6. L'infection était déjà diffusée avant l'application du pansement.

OBSERVATION XXV

Infection amniotique avec réaction péritonéale sur un terrain spécifique avec sphacèle de l'utérus et du vagin due vraisemblablement à un vascularite spécifique chez une femme dont la réaction B. W. était positive.

OBSERVATION XXVI

Hémoculture positive, avec réaction péritonéale dès le 4^e jour du post partum chez une femme ayant eu 40° et des frissonnements au cours de la parturition.

RÉSUMÉ

Si nous récapitulons les cas nombreux qui, en 1931-1932, ont été traités à la Maternité de Saint-Antoine par les pansements à titre préventif et curatif sur 4.428 accouchements faits à l'hôpital et 2.193 faits chez des sages-femmes agréées, ils donnent les résultats suivants :

1° Pansement à titre préventif :

119 cas traités, 119 succès.

2° Pansement à titre curatif précoce :

41 cas traités, 38 succès; 3 insuccès.

En résumé, on peut dire que les résultats sont excellents :

1° Dans les pansements préventifs.

2° Dans les pansements curatifs précoces.

Dans les cas d'infection amniotique aiguë et rapide; dans les cas traités très tardivement avec hémoculture positive, l'action du filtrat semble être moins efficace, soit qu'il n'y ait pas eu défense locale empêchant la diffusion des germes pathogènes, soit que cette défense ait été déjà forcée (cas tardifs).

DEUXIÈME PARTIE

MODE D'ACTION DU FILTRAT ET PRINCIPE DE LA MÉTHODE

Le filtrat utilisé pour le pansement est préparé de la façon suivante :

Cultures à l'étuve pendant 8 jours des souches de streptocoques puerpéraux différentes. Les cultures sont filtrées au bout de 8 jours. Le filtrat est de nouveauensemencé avec le même streptocoque porté à l'étuve puis refiltré au bout de 8 jours. Enfin on mélange tous ces filtrats.

L'étude bactériologique montre que le filtrat entrave complètement le développement des streptocoques qui ont servi à le préparer et que, d'autre part, l'action du filtrat sur un streptocoque de souche différente est au contraire presque nulle, d'où nécessité de faire un filtrat aux nombreuses races de streptocoques puerpéraux.

L'efficacité du filtrat employé semble propor-

tionner au nombre des souches qui ont servi à le préparer et, dans une certaine mesure, *la valeur de la méthode tient dans la préparation des filtrats.*

Le principe de cette méthode s'est inspiré de la notion d'immunité locale mise en lumière par les travaux de Besredka. *Cet auteur a montré qu'il existe une véritable immunité tissulaire locale.*

Il ressort des recherches expérimentales que, non seulement les streptocoques, mais aussi les filtrats, possèdent une affinité élective pour l'appareil cutanéomuqueux. Ils acquièrent une efficacité remarquable en pansements cutanés. Ils ne deviennent actifs qu'en agissant sur les cellules réceptives créant une immunité souvent remarquable.

On peut créer cette immunité locale en vaccinant le tissu par lequel se fait l'infection, c'est-à-dire *la muqueuse utérine.*

Pendant une certaine période l'infection streptococcique reste localisée, mais il faut bien savoir que ce stade de localisation muqueuse est parfois extrêmement court, parfois même absent, et on peut le constater maintes fois par l'hémoculture pratiquée précocement (l'élévation thermique coïncidant déjà, contrairement à l'opinion classique, avec une phase septicémique).

OBJECTIONS :

1° On peut objecter à cette méthode qu'elle favorise le développement *in utero* d'autres germes,

Mais s'il est admis que l'infection utérine peut être déterminée par des microbes divers, en général, les septicémies sont mono-microbiennes et, au cours de l'immense majorité des cas, c'est le streptocoque qui est en cause. C'est donc contre lui qu'il faut agir, quitte à cesser le traitement local si les prélèvements montrent l'absence de streptocoques.

2° Les associations exaltent la virulence des germes.

Or, dans tous les cas observés, l'apparition des microbes banaux coïncide avec l'amélioration de l'état général et une diminution des streptocoques dans les lochies.

3° La rétention de lochie n'est pas davantage à craindre, car la mèche intra-utérine largement imprégnée draine une partie des lochies; en tous cas elle corrige l'antéflexion utérine qui est l'origine des rétentions lochiales.

4° Quant à l'emploi de l'autofiltrat, il ne semble pas réalisable dans la pratique parce que sa préparation est trop longue; on a intérêt à agir vite.

INDICATIONS :

On peut dire que toutes les manœuvres intra-utérines, au moment de l'accouchement et de la délivrance, sont justiciables du pansement, à savoir :

Forceps difficile; version par manœuvres utérines; placenta prævia; hémorragie de la délivrance,
nécessitant une délivrance artificielle au cours de la-

quelle il faut véritablement sculpter le placenta pour le décoller.

On sait la gravité de ces infections due à une inoculation directe de l'endomètre.

RÉSULTATS :

Dans la grande majorité des cas on observe des retours de couches normales ou à peine fibriles.

Il n'est pas rare de voir la T. s'élever à 38° ou 38°5 le soir du deuxième jour de post-partum. Mais cette élévation thermique est passagère, elle ne s'accompagne pas d'accélération marquée du pouls.

L'état général reste bon, le ventre souple, l'utérus non douloureux, les cul-de-sacs libres. Les malades sortent du 10^e au 20^e jour.

Dans tous les cas, les pansements préventifs *se montrent d'une inocuité absolue, son efficacité est nette*, comme peuvent en témoigner les multiples observations recueillies dans le service depuis 1926. Pour cette année seulement Ravina rapporte 17 cas, en 1927 Bouchaud 35 cas absolument démonstratifs.

Une observation semble particulièrement intéressante :

Un manque temporaire du filtrat n'ayant permis que de faire un pansement, la température monta le troisième jour à 40°, le pouls à 140°; un pansement fait à ce moment amena la chute de température en vingt-quatre heures.

INTRADERMORÉACTION AU FILTRAT

On peut essayer de déterminer le degré d'immunité naturelle de l'organisme atteint, vis-à-vis du streptocoque, par les intradermoréactions au filtrat. Les résultats obtenus sont venus confirmer les conclusions communiquées par Lévy-Solal et Simard (*Société de Biologie* 1925).

Les réactions fortement positives sont la règle chez 9/10^e des femmes pendant la puerpéralité. Seules les infections puerpérales graves atténuent ou suppriment l'intradermoréaction.

Il semble que l'intradermoréaction a une valeur pronostique considérable, non pour prévoir les accidents, mais pour préjuger de leur gravité si ces accidents apparaissent.

La négativité de l'intradermoréaction chez les femmes atteintes de septicémie puerpérale avec hémoculture positive existe non seulement à la phase terminale, mais dès les premiers signes infectieux.

Du reste, les mêmes constatations ont été faites par d'autres auteurs (Levaditi : *Le Streptocoque dans les plaies de guerre*; Rivalier : *Thèse de Paris* 1924).

CONCLUSIONS

Nous avons employé, dans le traitement préventif et curatif de l'Infection puerpérale, les pansements intra-utérins dans 160 cas pour les années 1931-1932.

Le principe de cette méthode thérapeutique s'est inspiré de la notion de l'immunité locale.

Le filtrat qui est employé provenait de cultures de streptocoques puerpéraux dont les souches ont été fréquemment renouvelées.

Ces pansements ont été appliqués :

soit à titre préventif ;

soit à titre curatif dès les premières manifestations de l'infection.

Ils étaient laissés en place* vingt-quatre heures et renouvelés pendant trois jours.

Des indications nettes peuvent être établies pour l'emploi systématique des pansements à titre préventifs en s'appuyant sur les cas traités dans les années consécutives de 1925 jusqu'à 1932.

Ils nous ont donné d'excellents résultats à condi-

tion d'être faits d'une façon systématiquement précoce.

On peut déterminer le degré d'immunité naturelle de l'organisme atteint vis-à-vis du streptocoque par l'intradermoréaction au filtrat.

Vu : *Le Doyen*,
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM (M.). — Contribution à l'étude de la Vaccinothérapie dans l'Infection puerpérale. (*Thèse de Paris* 1920-21, in-8°, n° 329, 46 p.)
- AMARD (M.). — A vaccinothepapia no tratamento das infecções puerperaes. (*Salus Populi*, n° 10, Rio-de-Janeiro, octobre 1928, p. 1.)
- BARRAL. — De la vaccination préventive de l'Infection puerpérale. (*Thèse de Paris*, juillet 1927, n° 77.)
- S. BOUCHAUD. — Contribution à l'étude du traitement précoce de l'Infection puerpérale par les pansements intrautérins au filtrat de culture de Streptocoques. (*Thèse de Paris* 1927. Legrand, édit.)
- COUVELAIRE, LÉVY-SOLAL et SIMARD. — Antisepsie utérine par un filtrat de culture de Sheptocoques en bouillon dans l'infection puerpérale. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, avril 1924, p. 232.)
- DELMAS (Paul). — A propos de la vaccination contre l'Infection puerpérale. (Commun. de M. de Rouville. Réunion d'Obstr. et Gynécol. de Montpellier, 2 févr. 1921.)
- Contribution à l'étude de la Vaccinothérapie intra-utérine dans l'Infection puerpérale. (*Thèse de Montpellier*, 1924.)
- DUCHET-BUCHAUX. — Traitement des Septicémies puer-

- pérales par le vaccin local. (*Soc. des Sciences Médicales de Franche-Comté*, séance du 28 avril 1930.)
- DUPONT. — Septicémie puerpérale et Sérum antistreptococcique de M^{me} Vinaver. (*Soc. de Médecine de Paris*, 11 nov. 1921.)
- FISCH et POTOCKI. — Application locale d'un auto-vaccin dans l'Infection puerpérale. (*Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, séance du 12 mai 1924.)
- LUIZ GUEDES. — Vaccinotherapie na infecção puerperal. (*Thèse de Porto-Alègre*, décembre 1927.)
- GUEDES Luiz junior. — Vaccinotherapie na infecção puerperal. (*Lab. Clin.*, mai-juin 1928, n° 45. *Laboratorio Clinicono* 46 et n° 47, p. 232.)
- M^{me} KRONGOLD-VINAVER. — Les vaccins dans l'Infection puerpérale. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 14 février 1921.)
- H. LASSEIGNE. — Contribution à l'étude de la Vaccinothérapie intrautérine dans l'Infection puerpérale. (*Thèse de Montpellier*, 1924.)
- LASSEIGNE. — La Vaccinothérapie cuti-utérine dans l'Infection puerpérale. (*Concours Médical* 1925, p. 1513.)
- LEQUEUX, LAFFONT, CHIRIÉ. — L'Infection puerpérale et les vaccins. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 13 déc. 1920.)
- LÉVY-SOLAL et SIMARD. — Traitement de l'Infection puerpérale par un filtrat de culture en bouillon de Streptocoques. (*Compte rendu de la Société de Biologie*, 1924-25, février.)
- Traitement précoce de l'Infection puerpérale au tamponnement intra-utérin. (*Presse Médicale*, Paris, 1925, XXXIII, 977-97.)
- J. DE PARIAN. — *Annales de Thérap. biologiq.* (15-1-33).
- G. PLACINTIANU. — Bacterial filtrate in treatment of local puerperal infections. (*Rev. Stut. Méd.* 19, 616-623, June 1930.)
- MARMASSE (Jean). — Documents pour servir à l'étude de

l'Infection puerpérale grave. (*Thèse de Paris* 1926. Amette.)

MASSON. — Infection puerpérale et sérum antistreptococcique. (*Rev. Prat. Obst. et Pédiatr.*, juillet 1913, p. 216.)

ORMONT M. PIERRE. — Contribution à l'étude du traitement de l'Infection puerpérale à Streptocoque par un sérum antistreptococcique préparé suivant la technique de M^{me} Vinaver. (*Thèse Paris*, 1921.)

Charles PLATON. — Traitement prophylactique de l'Infection puerpérale par les vaccins. (*Rev. de Vulgarisation des Sciences médicales*, avril 1928.)

RAVINA (J.). — Thérapeutique de l'Infection puerpérale par les pansements intrautérins au filtrat de cultures de Streptocoques. Valeur pronostique de l'intradermo-réaction au filtrat de cultures de Streptocoques. (*Thèse de Paris* 1926, n° 245.)

— Thérapeutique de l'Infection puerpérale par les pansements intrautérins au filtrat de cultures de Streptocoques. (*Bull. Gén. de Thérapeutique*, 1926, p. 418.)

RICHARD. — Traitement de 62 cas d'Infection de la grossesse et des suites de couches par les vaccins. (*Thèse de Lyon*, 1921-22.)

VIGNES (Henri). — Thérapéutique intrautérine de l'Infection post-partum. (*Soc. d'Obst. Gyn.*, vol. 4, 1920.)

COSTA VINHAES. — Imminção local e puerperio infectado. (*Thèse de Bahia*, déc. 1927.)
